

uit, in de loop van enkele maanden over beide oogleden en wimpers, de mediale ooghoek, tot tussen de wenkbrauwen, precies tot de mediaanlijn. Er is geen litteken te zien. Wat is hier tegen te doen?

*Antwoord.* Dat na genezing van de wond de depigmentatie zich heeft uitgebreid en dat daarbij ook het pigment uit de wimpers is verdwenen, wijst er op, dat er hier iets anders is dan een gewone depigmentatie in de verwonde huid. Hier is blijkbaar vitiligo, een aandoening waarvan de oorzaak onbekend is, begonnen op de plaats van de verwonding. Waarschijnlijk heeft het trauma hier dit begin veroorzaakt; het is bekend, dat vitiligoplekken dikwijls ontstaan door allerlei huidafwijkingen, zoals naevi, wratten enz.; segmentale uitbreiding en scherpe begrenzing in de mediaanlijn komen herhaaldelijk voor. Soms zijn er ook elders op het lichaam vitiligoplekken ontstaan; bij het zoeken daarnaar dient men vooral te letten op de omgeving van de anus, die een voorkeursplaats is.

Vitiligo wordt wel behandeld met de zg. psoralenen, xanthotoxine (ammoidine) en imperatorine (ammidine); een in Nederland verkrijgbaar handelspreparaat is Meladinine. Deze middelen worden zowel in- als uitwendig toegepast. Inwendig gebruik is niet onschuldig, vooral is leverbeschadiging te duchten. Bij uitwendig gebruik moet de huid enkele uren na de applicatie zeer voorzichtig aan zonlicht worden blootgesteld of met een ultraviolet-lamp worden bestraald. Op te sterke bestraling volgt hevige dermatitis. De behandeling is moeilijk en heeft bovendien slechts af en toe succes. Bij het meisje waarop de vraagsteller doelt, is ze niet aan te raden. Het is vrijwel ondoenlijk, hier zonbestraling zo te doseren, dat er geen dermatitis zal ontstaan en die is in de omgeving van de ogen wel bijzonder onaangenaam.

Het zal stellig mogelijk zijn door een combinatie van crème en poeder in de juiste kleur de huidafwijking grotendeels onzichtbaar te maken. Ook de wimpers kunnen gemakkelijk worden bijgekleurd. De cosmetische industrie heeft hiervoor geraffineerde preparaten in de handel gebracht; bij de keuze kan de patiënte zich zo nodig laten voorlichten door een goede schoonheidsspecialiste.

#### VERBAND TUSSEN TUBERCULOSE VAN BEENDEREN OF GEWRICHTEN EN DIE VAN ANDERE ORGANEN

*Vraag No. 75.* Komt been- en gewrichtstuberculose vaker voor bij patiënten die nog andere tuberculeuze aandoeningen hebben, dan bij mensen die geen andere tuberculeuze processen hebben?

*Antwoord:* Osteo-articulaire tuberculose is een typische, hematogene uitzaaiingstuberculose. Dit betekent, dat er altijd een andere tuberculeuze afwijking aan moet zijn voorafgegaan, die misschien nooit klinisch manifest is geweest of inmiddels al inactief is geworden, doch ook ten tijde van het ontstaan van de skeletaandoening nog in een actief stadium kan verkeren. Zij is vrijwel altijd in de longen gelokaliseerd en

derhalve vindt men bij patiënten met been- en gewrichtstuberculose eigenlijk nooit een volmaakt „schoone” longfoto, doch steeds op zijn minst kleine resten van het voorafgegangene proces en in 5 à 10 pct nog duidelijk actieve afwijkingen, al dan niet met positief sputum of positieve maaginhoud.

Bovendien vindt men anamnestic bij 25 pct van de patiënten pleuritis en bij 75 pct op de thoraxfoto oude of nog actieve pleuraveranderingen, bij ongeveer 15 pct niertuberculose en bij ruim 20 pct positieve menstruele afscheiding, wijzend op tuberculose van het baarmoederslijmvlies. Ook tijdens en na skelettuberculose kunnen in longen en organen erbuiten nog allerlei tuberculeuze processen ontstaan.

Hoewel uit de vermelde percentages niet blijkt, dat combinatievormen vaker voorkomen dan geïsoleerde processen, is het dus toch zaak, bij het onderzoek aan de mogelijkheid ervan te denken en bv. urine en menstruele afscheiding nog geruime tijd te blijven controleren. Verder dient men ook bij de behandeling ervan uit te gaan, dat men te maken heeft met een plaatselijke uiting van een algemene tuberculeuze infectie. Dit betekent, dat men niet met uitsluitend plaatselijke behandeling kan volstaan, doch dat er ook algemene maatregelen nodig zijn, die er op gericht zijn de weerstand van de patiënt tegen de infectie te verhogen.

#### INGEZONDEN

#### BEHANDELING VAN DE ZIEKTE VAN BESNIER-BOECK

Naar aanleiding van het antwoord op Vraag 56 (1958) meen ik enkele opmerkingen te moeten maken. Hierbij ga ik uit van het standpunt, dat de ziekte van Besnier-Boeck niets met tuberculose te maken heeft.

Ik weet, dat dit standpunt door velen wordt aangevochten. In de praktijk komt het er echter op neer, dat de ziekte van Besnier-Boeck en tuberculose klinisch totaal verschillend verlopen. Ik zie dus geen reden om een overeenkomstige behandeling toe te passen. Er wordt uit gezaghebbende Franse kringen (TURIEF, BOURGEOIS) ervoor gewaarschuwd in het begin tuberculostatica te geven, en wel omdat hierdoor het ziektebeloop van een mogelijke tuberculose zodanig wordt gewijzigd, dat men kans loopt deze niet te herkennen. Op de ziekte van Besnier-Boeck hebben tuberculostatica zeker geen invloed.

Ook meen ik, dat de prognose van de ziekte van Besnier-Boeck niet zo ernstig is als het antwoord doet vrezen. In de literatuur wordt opgegeven een sterftepercentage van 3. Dit cijfer komt mij veel te hoog voor. In mijn praktijk zag ik enige honderden patiënten; van hen is er slechts één overleden, en de oorzaak is zelfs twijfelachtig.

Naar mijn ervaring begint de ziekte van Besnier-Boeck in ongeveer 20 pct der gevallen met een periode van koorts, die soms vrij hoog kan zijn en herhaaldelijk gepaard gaat met erythema nodosum. In dit stadium verdient, naar ik meen, rust aanbeveling. De temperatuur pleegt vanzelf in de loop van enige weken tot twee maanden te dalen. Zeer vele gevallen verlopen echter geheel afebriel, op zijn hoogst gecompliceerd door secundaire „banale” infecties die lichte temperatuurverhogingen kunnen geven. En hier schuilt in wezen het gevaar van de ziekte van Besnier-Boeck. Door de longfibrose zou er een cor pulmonale kunnen ontstaan, met alle gevaren van dien.

Het komt er dus op aan, de longen zo soepel mogelijk te houden. Dit is voor mij reden geweest om mijn patiënten steeds zo spoedig mogelijk te mobiliseren, ademhalingsgymnastiek te laten doen, en zo mogelijk ook sport. Dit laatste gelukt veelal, omdat de ziekte van Besnier-Boeck meestal bij jongere mensen voorkomt. Ik heb van deze handelwijze nooit enige bezwaren gezien.

Ter bestrijding van secundaire infecties doet men goed, de patiënten geruime tijd expectorantia en spasmolytica, bv. belladonna en eufylline voor te schrijven.

Ongeveer 10 jaar geleden werden zowel ORIE te Groningen als ondergetekende getroffen door de ervaring, dat de verschijnselen van morbus Besnier-Boeck tijdens zwangerschap vrijwel spoorloos kunnen verdwijnen om na de bevalling vrijwel onveranderd terug te komen.

Met corticosteroiden en ACTH bereikt men inderdaad, dat de röntgenfoto er beter gaat uitzien, maar ik heb niet de indruk gekregen, dat de patiënten zich hierbij beter voelen dan wanneer ik hun deze middelen niet geef; en aangezien deze toch ook enig bezwaar hebben, geef ik ze dus slechts sporadisch. Staakt men de toediening, dan komen in ongeveer de helft van de gevallen de afwijkingen van vóór de therapie terug.

In tegenstelling met het antwoord op vraag 56 meen ik dus, dat de ziekte van Besnier-Boeck geen ernstige prognose behoeft te hebben, en dat er dus geen rigoureuze behandeling bij nodig is. Gaarne geef ik als advies: laat de patiënten zo spoedig mogelijk sport doen; geregeld zwemmen en wintersport hebben zij steeds als nuttig en aangenaam ervaren. Zelfs geregeld meedoen aan hockeywedstrijden bleek geen bezwaar op te leveren.

*Literatuur:* Vraag 56 (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 1511.

Utrecht, 22 augustus 1958

R. L. BAART DE LA FAILLE

Hoewel ik besef, dat een antwoord op vraag 56 (1958) nauwelijks in enkele regels kan worden gegeven, en ik het met de algemene strekking van het gegeven antwoord ook wel eens ben, vraag ik mij toch af, of de vermelding van enige bijzonderheden niet op haar plaats was geweest.

1. Wanneer moet men tot de behandeling overgaan? „Verder gevorderde gevallen” is wel wat vaag gezegd. M.i. is behandeling nodig bij een patiënt met *gedissemineerde* afwijkingen die niet in 3-6 maanden vanzelf genezen of althans duidelijk neiging tot genezing tonen.

2. Een progressief beloop is niet met zekerheid te voorspellen; de kans hierop is echter groot bij patiënten met astmatische constitutie; deze zou men dus wel moeten behandelen (TEN HAVE 1958).

3. In het fibrotische eindstadium kan men inderdaad beter van behandeling (met ACTH enz.) afzien; of er al fibrose bestaat, is echter vaak uitermate moeilijk vast te stellen.

4. Verdient ACTH de voorkeur, of zijn corticoïden beter? M.i. de laatste.

*Literatuur:* Vraag 56 (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 1511. — HAVE, H. TEN (1958) Proefschrift Groningen.

Groningen, 12 augustus 1958

N. G. M. ORIE

Vraag 56 (1958) is wellicht gemakkelijker te beantwoorden, wanneer men aanneemt, dat de ziekte van Besnier-Boeck niets met tuberculose te maken heeft. Het lijkt echter nog voorbarig, dit standpunt in te nemen bij het beantwoorden van de algemeen gehouden vraag: „Welke behandeling

wordt op het ogenblik als de beste voor de ziekte van Besnier-Boeck beschouwd”. De artikelen van KOOY (1958) en DIJKSTRA (1958) geven daarvan blijk.

Over de prognose van elke onduidelijk begrensde ziekte kan men van mening verschillen. Bij het schatten van de kans op invaliditeit bij sarcoidose moet men niet alleen de longafwijkingen maar ook die van de ogen, het skelet enz. beoordelen. De bedreiging van het leven wordt hoofdzakelijk gevormd door de in een aantal gevallen volgende longfibrose. Hoe vaak deze zich ontwikkelt, is onbekend. Schattingen daaromtrent hebben nauwelijks betekenis bij een aandoening, waarbij de diagnose in een deel der gevallen meer of minder bij uitsluiting wordt gesteld. Het aantal personen wier overlijden men kan toeschrijven aan het eindstadium van sarcoidose, is echter blijkens de ervaring van verschillende obducenten vermoedelijk niet onbelangrijk. Het is niet onmogelijk, dat een astmatische constitutie de kans op een progressief beloop vergroot. Bevestiging van de conclusies waartoe TEN HAVE (1958) komt, zou welkom zijn.

Zoals in het antwoord werd vermeld, „is het niet ongewoon, dat de verschijnselen van de ziekte van Besnier-Boeck vanzelf verdwijnen”. Men is dan ook zonder twijfel gerechtigd, onder geregeld toezicht enige tijd af te wachten, of de aandoening dit gunstige beloop wil nemen, zeker wanneer er geen organen zoals de ogen door het proces zijn aangetast. Hoe zwakker de diagnose gestaafd wordt door de verzamelde gegevens, des te geringer zal de neiging zijn, tot krachtige behandeling over te gaan. Blijken de verschijnselen spoedig te verminderen, dan kan men inderdaad ongestraft de normale levenswijze toestaan, zonder daarbij veel te verwachten van de gunstige invloed van sport en ademgymnastiek op het „zo soepel mogelijk houden” van de longen, welke rekbaarheid in deze gevallen vermoedelijk niet of nauwelijks wordt bedreigd. Dat men „geruime tijd expectorantia en spasmolytica” moet geven „ter bestrijding van secundaire infecties”, zal niet algemeen worden beaamd. De term „verder gevorderde gevallen” is niet zonder reden gekozen. Men dient elke zieke met sarcoidose op zich zelf te beoordelen. Hoe meer het longweefsel zelf door het proces aangetast lijkt, hoe meer andere organen zijn aangetast, des te spoediger zal men geneigd zijn krachtadiger in te grijpen. Weinigen zullen in dergelijke gevallen 3 maanden of langer wachten, tenzij er duidelijke spontane verbetering is ingetreden. Of men daarbij aan ACTH, dan wel aan bijniercorticoïden de voorkeur moet geven naast de proefbehandeling met tuberculostatica, is nog in het ongewisse. Een uitgebreide, goed opgezette vergelijking is in deze (nog) niet mogelijk geweest. Velen gebruiken inderdaad liever de corticoïden. Met de kans op recidief zal men — gelijk in het antwoord werd aangegeven — rekening moeten houden. Het lijkt mogelijk, dat de duur van de behandeling de kans op terugkeer der verschijnselen mede bepaalt.

Zekerheid dat het fibrotische eindstadium is bereikt, krijgt men inderdaad niet gemakkelijk. Bij twijfel kan men een proef met de genoemde geneesmiddelen in overweging nemen. Gaat men onder nauwkeurig toezicht ertoe over, dan doet men goed, de verwachtingen niet te hoog te spannen en ermee op te houden, indien er niet spoedig verbetering wordt waargenomen.

*Literatuur:* DIJKSTRA, C. (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 1732. — HAVE, H. TEN (1958) Proefschrift Groningen. — KOOY, R. (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 1292. — Vraag No. 56 (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 1511.

REDACTIE